Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México

FECHA (dd/mm/aaaa)

Ampliación de Información Médica

Por favor, llene a mano, con letra de molde y tinta negra por el **Médico tratante**.
No omita ningún dato ni utilice abreviaturas.
Este Formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	GÉNERO ☐ F ☐ M	FECHA DE DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	CÉDULA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD

I. INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD

1. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

2. RESULTADOS DE ESTUDIOS QUE SUSTENTEN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, ANEXANDO COPIAS.

Estudio	Resultado

3. EN RELACIÓN A LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ES:

Por su origen:	Por su temporalidad:	Tiempo aproximado de evolución:
☐ Congénito ☐ Adquirido	☐ Agudo ☐ Crónico	☐ < de 5 años ☐ 6 a 10 años ☐ > de 11 años

4. TRATAMIENTO(S) PRESCRITO(S) Y/O PROCEDIMIENTO(S) QUIRÚRGICO(S) REALIZADO(S)

Medicamento(s)	Quirúrgico(s) (procedimientos)

4.1 TRATAMIENTO ACTUAL	4.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR REALIZAR
Medicamento(s)	☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, favor de señalar el (los) procedimiento(s)

5. COMPLICACIONES O SECUELAS

☐ Sí ☐ No

En caso de ser afirmativo, favor de describirlas.

6. ESTADO ACTUAL DE SALUD Y PRONÓSTICO

Del diagnóstico definitivo Aspectos relevantes	Otras enfermedades

II. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y SIGNOS VITALES

Presión arterial	Frecuencia Cardiaca	Frecuencia Respiratoria	Peso	Talla
			(kgr.)	(cms.)

GNP SEGUROS
Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres No. 395
Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, Ciudad de México

CONSENTIMIENTO

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles proporcionados en este cuestionario. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

Solicitante	
○ Si consiento dicho tratamiento	○ No consiento dicho tratamiento

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial S.A.B se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en gnp.com.mx

Este cuestionario forma parte integrante de la Solicitud a la que se adiciona.

FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad, declaro que el contenido de este cuestionario es cierta y, bajo el principio de la buena fe, he (hemos) llenado este formato de mi (nuestro) puño y letra.

Firma del Solicitante	Firma del Médico Tratante

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de octubre de 2018, con el número CGEN-S0043-0111-2018/CONDUSEF-G-01044-001."